

様式第 2 号（第 7 条関係）

生殖補助医療費助成事業受診等証明書

年 月 日

奥出雲町長 様

医療機関名等 住 所
名 称
医師名 印

次の者については、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

記

	夫	妻
ふりがな		
氏 名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
治療内容	実施した治療内容にチェックしてください。 ☐ 保険診療 ☐ 保険と併用される先進医療 → ☐ 当医療機関は実施した先進医療について実施機関として届出済である	
	※保険適応通算 1 回目の治療開始時の妻の年齢（ ） 歳	
治療期間	治療開始日	年 月 日
	治療終了日	年 月 日
領収金額	【今回の治療にかかった金額の合計】 領収金額 円 （うち先進医療にかかる経費 円）	
他院での注射 や治療等の依 頼の有無	有（医療機関： ） ・ 無	